

Newsletter Klinische Studien

KJK-Studienbüro



© Faruk Pinjo

Digitaler Newsletter:

Unser Newsletter wird ab sofort ausschließlich in digitaler Form versendet.
Dies ermöglicht uns, schneller und umweltfreundlicher mit Ihnen zu kommunizieren.

Sie erhalten daher den Newsletter künftig per E-Mail und nicht mehr als Papier-Broschüre.



Neu begonnene Studien an der KJK

Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin

Rheumatologie

D3461C00030 (BLOSSOM): A Phase III randomized double-blind parallel-group placebo-controlled study to evaluate the pharmacokinetics, pharmacodynamics, efficacy and safety of i.v. anifrolumab in pediatric participants 5 to <18 years of age with moderate to severe active systemic Lupus erythematoses while on background standard of care therapy, Phase III

Systemischer Lupus erythematoses, 5 - 17 Jahre, aktiv seit Q1/2025

Neuropädiatrie und Muskelerkrankungen

ULYSSES (DSC/14/2357/50): Randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte, multizentrische Phase III-Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit von Givinostat bei nicht-ambulanten Patienten mit Duchenne Muskeldystrophie, Phase III

Duchenne Muskelatrophie (DMD), Kinder und männliche Jugendliche im Alter von ≥ 9 bis <18 Jahren, aktiv seit Q1/2025

Weitere Informationen: <https://www.clinicaltrials.gov.: NCT05933057>

Pädiatrische Hämatologie und Onkologie

AELKI: Aufbau und Evaluation einer strukturierten, multidisziplinären, leitliniengerechten Transition und (Langzeit-) Nachsorge für ehemals krebserkrankte Kinder und Jugendliche (AELKI), Versorgungsforschung

Patienten ≥ 5 Jahre nach Therapieende einer onkologischen Erkrankung im Kindes-/Jugendalter + Elternteil, > 5 – < 21 Jahre, aktiv seit 04/2025

Weitere Informationen: <https://www.drks.de: DRKS00029269>

Ausführlich s. unten

CD45RADLIHaplo: Eine multizentrische Phase I/II Studie für die Verwendung von Infusionen von Spender-Gedächtnis T-Zellen nach haploidenter Stammzelltransplantation mit TCR $\alpha\beta$ und CD19 depletierten Stammzellen

Hämatologische Malignome in kompletter Remission (CR), partieller Remission (PR) oder mit stabiler Erkrankung, keine Altersbeschränkung, aktiv seit 20.03.2025

[Weitere Informationen: www.clinicaltrials.gov: NCT05943067](https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT05943067)

CESS-Register: Register zur Erfassung von Daten von Kindern und Jugendlichen mit EWING-Sarkomen

EWING-Sarkome (mit typ. Translokationen) und EWING-like Sarkome (mit selt. Translokationen), keine Altersbeschränkung, aktiv seit 04/2025

iHIT-HGG-Register: Multizentrisches Register für Kinder und Jugendliche mit einem hochgradigen Gliom

Hochgradige Gliome, diffuse intrinsische Ponsgliome und Gliomatosis cerebri, 0-24 Jahre, aktiv seit 04/2025

[Link zur Homepage](#)

Ausführlich beleuchtet



Severity of Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome temporally associated with SARS-CoV-2 diminished during successive waves of the COVID-19 pandemic: Data from a nationwide German survey

Der Schweregrad des pädiatrischen entzündlichen Multisystem-Syndroms, das zeitlich mit SARS-CoV-2 assoziiert war, nahm während der aufeinanderfolgenden Wellen der COVID-19-Pandemie ab: Daten aus einer bundesweiten deutschen Erhebung

Im März 2020 wurde auf Initiative von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) ein deutschlandweites prospektives Register für hospitalisierte Kinder und Jugendliche mit Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome temporally associated with SARS-CoV-2 (PIMS) etabliert. Neben deutschen Kinderkliniken hat auch die Universitätskinderklinik in Innsbruck, Österreich, PIMS-Fälle eingeschlossen. Das Register wurde von Mitarbeitern der pädiatrischen Infektiologie an den Universitätskinderkliniken in Dresden und Freiburg koordiniert.

Zwischen März 2020 und April 2023 wurden dem Register **920 stationäre Patienten** von 211 Kliniken während der verschiedenen Phasen der Pandemie (Wuhan-Wildtyp [3/2020 - 2/2021] – Alpha [3/2021 - 6/2021] – Delta [7/2021 - 12/2021] – Omikron [1/2022 - 4/2023]) gemeldet. Die PIMS-Inzidenz betrug in den ersten beiden Phasen der Pandemie 2,49 Fälle pro 10.000 SARS-CoV-2-Infektionen. Häufigkeit und Schweregrad haben gefühlt in der letzten Phase der Pandemie nachgelassen. Mit Hilfe der deutschen Registerdaten sollte diese Hypothese

überprüft werden. Dabei wurden die folgenden vier Outcome Variablen als Surrogatmarker für den Schweregrad der Erkrankung verwendet: (1) Anzahl betroffener Organe, (2) myokardiale Dysfunktion, (3) Intensivstationsaufenthalt und (4) Entwicklung von Koronaraneurysmata. Todesfälle an PIMS sind in Deutschland keine berichtet worden, sodass dieser Surrogatmarker nicht untersucht werden konnte.

Eingeschlossen in das Register wurden Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre, die die klinischen Kriterien eines PIMS nach WHO-Definition erfüllt hatten und stationär in Deutschland behandelt wurden. Alle PIMS-Patienten mussten im Vorfeld ihrer Erkrankung einen positiven SARS-CoV-2-Antikörper- oder PCR-Befund bzw. Kontakt zu einem COVID-19-Patienten gehabt haben. Die Datenerfassung erfolgte mithilfe eines standardisierten Erhebungsbogen über das REDCap-System. Die Studie war von der Ethikkommission der Technischen Universität Dresden positiv beschieden worden und im deutschen Studienregister gemeldet. Die WHO-Kriterien aller 920 Patienten wurden durch zwei Studienärzte überprüft. Falls Zusatzinformationen zur Beurteilung benötigt wurden, wurden die meldenden Ärzte angeschrieben und entsprechenden Daten angefordert. Dem endgültigen Einschluss eines Patienten mussten beide Prüfer einvernehmlich zustimmen.

Insgesamt wurden **920 PIMS-Patienten** über 4 Jahre gemeldet, 286 Fälle in der Wildtyp-Phase (W), 137 Fälle in der Alpha-Phase (A), 292 Fälle in der Delta-Phase (D) sowie 205 Fälle in der Omikron-Phase (O). In den Phasen W, A und D ging den PIMS-Fällen immer ca. 6 Wochen zuvor eine Welle an hospitalisierten COVID-19 Patienten voraus, eine solche Welle wurde in der O-Phase nicht beobachtet. Die betroffenen Kinder **in der O-Welle waren älter** (i.e., mittleres Erkrankungsalter 9 Jahre) als in den vorherigen Wellen (i.e. mittleres Erkrankungsalter 6-7 Jahre). Kinder mit Grunderkrankungen waren in allen Wellen gleich häufig (i.e. in 19%). Ein **häufiger Risikofaktor** für die Entwicklung eines PIMS war **Adipositas** (in 9%) und betraf eher **ältere Kinder (>11 Jahre)** oder **Vorschulkinder (1-5 Jahre)**. Eine vorherige Impfung gegen SARS-CoV-2 hatte keinen Einfluss auf die Entwicklung eines PIMS, allerdings war die Anzahl der geimpften Kinder im Register mit n=30 klein. In anderen Studien konnte gezeigt werden, dass die SARS-CoV-2-Impfung vor Entwicklung eines PIMS schützt.

Im **Verlauf der Pandemie** hat für alle Patienten die **Anzahl betroffener Organe abgenommen**. Das galt auch für die Symptome „Herzinsuffizienz“ und „akutes respiratorisches Distress-Syndrom (ARDS)“. Für ältere Kinder traf dieser Trend nicht zu. D.h. ältere Kinder waren auch zu einer späten Phase der Pandemie gleich schwer betroffen wie zu Beginn der Pandemie.

Die **höchsten CRP-Laborwerte** als Ausdruck der Entzündungsaktivität im Blut wurden zu **Beginn der Pandemie** gemessen, im Verlauf der Pandemie waren die CRP-Spitzenwerte rückläufig. Eine ähnliche Tendenz konnte für den Blutmarker einer Herzinsuffizienz – **pro-BNP** – nachgewiesen werden. **Bakterielle Superinfektionen** traten am **häufigsten** in der **ersten Wildtyp-Phase** auf. Eine **myokardiale Dysfunktion** konnte mittels Echokardiographie in **40% aller PIMS-Patienten** dokumentiert werden. Die **niedrigsten Raten** wiesen Patienten in der **letzten Omikron-Phase** und generell **jüngere Kinder** auf.

Knapp die **Hälfte (47%) aller PIMS-Patienten** mussten auf einer **Intensivstation (ICU)** behandelt werden. Für **jede Woche** in der Pandemie **nahm dieses Risiko um 1,2% ab**, aber **erhöhte sich um 10,3% für jedes zusätzliche Lebensalter**. Im Verlauf der Pandemie wurden immer mehr Kinder mit **Glukokortikoiden (max. 86%)** und **Immunglobulinen (max. 93%)** behandelt. Beide Medikamente gelten als Medikamente der Wahl in der Therapie des PIMS. In der Omikron-Phase mit leichteren Verläufen war die Rate der Steroidtherapien leicht rückläufig (78%). Die **Dauer der stationären Aufenthalte reduzierte** sich im Verlauf der Pandemie (median 10 Tage in der Wildtyp-Phase vs. 7 Tage in der Omikron-Phase).

Während der gesamten 4 Jahre wurde im Register kein einziger Todesfall gemeldet. In der Literatur sind Mortalitätsraten von 2% im Kindes- und Jugendalter berichtet. **Koronaraneurysmen** waren bei Entlassung in **10% der Patienten** echokardiographisch dokumentiert. Für **jede Woche** in der Pandemie **nahm dieses Risiko um 2,6% ab**. Dies betraf auch ältere Kinder, das Risiko **reduzierte sich um 8% für jedes zusätzliche Lebensalter**.

Persistierende Koronaraneurysmen sind langfristig ein Risikofaktor für die Entwicklung einer koronaren Herzerkrankung, weshalb solche Patienten Langzeit nachverfolgt werden müssen. Eine solche Nachverfolgung erfolgt an sechs Zentren (mit den meisten Fallzahlen) in Deutschland.

Mit diesen vorliegenden Daten aus einer der weltweit größten Kohorte von hospitalisierten Kindern und Jugendlichen mit PIMS konnte gezeigt werden, dass der Schweregrad der Erkrankung im Verlauf der Pandemie insgesamt abgenommen hat, dass jedoch ältere Kinder ein höheres Risiko für schwere Verläufe entwickelt haben. Nur für die Entwicklung von Koronaraneurysmata konnte dieses Altersabhängigkeit nicht beobachtet werden.

Langzeitstudien zu kardialen Verläufen sind zukünftig wichtig, nachdem neue PIMS-Fälle nur noch in Einzelfällen beobachtet werden.

Ansprechpartner an der KJK: Prof. Dr. Markus Hufnagel, Sektionsleiter (markus.hufnagel@uniklinik-freiburg.de), Tel. 0761-270 43577, Fax 0761-270 9645010

Weitere Informationen: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39603520/>



Aufbau und Evaluation einer strukturierten, multidisziplinären, leitliniengerechten Transition und (Langzeit-) Nachsorge für ehemals krebserkrankte Kinder und Jugendliche (AELKI)

Nach Therapie einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter beginnt für die mehr als 2000 pro Jahr in Deutschland diagnostizierten, kleinen und größeren, ehemaligen Patienten wieder das „normale“ Leben mit Kindergarten, Schule oder Ausbildung. Aber auch nach einer Krebsbehandlung sind regelmäßige Untersuchungen zum Ausschluss eines Rezidivs oder sog. therapiebedingter Folge- oder Organschäden notwendig, die onkologische Nachsorge beginnt. Das Risiko, nach einer Krebsbehandlung an einer Spätfolge unterschiedlichen Schweregrades zu erkranken beträgt auf Lebenszeit nahezu 100%. In den ersten 5 Jahren der onkologischen Nachsorge geben viele der für die Therapie genutzten Erkrankungsregister bzw. Therapiestudien eigene Vorgaben zur erkrankungs- und therapiespezifischen Nachsorge mit regelmäßigen Bildgebungen und Laboruntersuchungen. Nach den ersten 5 Jahren bis zum Erreichen des Erwachsenenalters existieren keine einheitlichen oder evidenzbasierten Empfehlungen zur onkologischen Nachsorge, oftmals findet diese einfach einmal pro Jahr oder gar nicht mehr statt. Hier herrscht eine große Variabilität.

Das Ziel der AELKI-Studie ist es, genau diese Phase der Nachsorge zu evaluieren und eine strukturierte, risikoadaptierte, multidisziplinäre Langzeitnachsorge für Kinder und Jugendliche aufzubauen. Untersucht wird hierbei, ob diese neue Nachsorgestruktur die Versorgung der Patienten verbessert und Einfluss auf die Selbstwirksamkeit der Patienten und Eltern hat.

Die Studie besteht aus mehreren Schritten. Zunächst werden über qualitative Interviews ehemalige Patienten, Eltern und Experten zu Erfahrungen, Wünschen und Erwartungen befragt. Anschließend erfolgt eine quantitativ auszuwertende Online-Befragung junger Erwachsener nach Krebserkrankung im Kindes-/Jugendalter zu den gleichen Themen. Die dritte Phase, an der die Freiburger Kinderklinik teilnimmt, ist eine cluster-randomisierte, prospektive, multizentrische Versorgungsstudie, bei der die auf Basis der vorherigen Befragungen optimierte Nachsorge mit der lokal etablierten Standardnachsorge verglichen wird. Wesentliche Bestandteile der optimierten Nachsorge sind eine umfassende psychosoziale Zusatzversorgung sowie interdisziplinäre Festlegung der weiteren Nachsorge samt Risikostratifizierung sowie altersadaptiertem Aufklärungsgespräch und Beratung zu klassischen life style-Themen und Vorsorgeangeboten. In dieser randomisierten Studie werden Patienten und deren Eltern mithilfe von Fragebögen zur Selbstwirksamkeit, Lebensqualität, Verhaltensauffälligkeiten und Transitionsbereitschaft (für Jugendliche) sowie Zufriedenheit mit der Versorgung zu verschiedenen Zeitpunkten vor und nach Durchführung der Nachsorgeuntersuchung evaluiert und in den beiden Gruppen Standard- vs. Optimalnachsorge miteinander verglichen. Die Ergebnisse werden gesundheitsökonomisch eingeordnet und die Interventionsmaßnahmen nochmals per Interview der Studienteilnehmer wie auch Experten evaluiert. Mithilfe der AELKI-Studie kann es gelingen, ein deutschlandweit einheitliches Nachsorgekonzept für alle Kinder und Jugendlichen ab 5 Jahre nach Therapieende zu validieren, das eine umfassende psychosoziale Versorgung einschließt und aus gesundheitsökonomischer Sicht sinnvoll erscheint. Im besten Fall können hiermit die Entwicklung und zeitverzögerte Erkennung von relevanten Spätfolgen der Therapie verhindert und die Bereitschaft zu einer lebenslangen Nachsorge bekräftigt werden.

Ansprechpartner an der KJK: Dr. Alexander Puzik

Weitere Informationen: <https://www.drks.de: DRKS00029269>

Veröffentlichung von Studienergebnissen unter Beteiligung der KJK

Severity of Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome Temporally Associated with SARS-CoV-2 Diminished During Successive Waves of the COVID-19 Pandemic: Data from a nationwide German survey.

Lohrmann F, Doenhardt M, Diffloth N, Jakob A, Hospach A, Schneider D, Trotter A, Brunner J, Goretzki S, Arens S, Rank M, Mauer R, Armann J, Berner R, Hufnagel M for the DGPI-PIMS Working Group (2024). J Pediatr 278:114419; Online ahead of print; doi: 10.1016/j.peds.2024.114419

Link zum Artikel: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39603520/>
Ausführlich s. oben

Current treatment in macrophage activation syndrome worldwide: a systematic literature review to inform the METAPHOR project.

Baldo F, Erkens RGA, Mizuta M, Rogani G, Lucioni F, Bracaglia C, Foell D, Gattorno M, Jelusic M, Anton J, Brogan P, Canna S, Chandrakasan S, Cron RQ, De Benedetti F, Grom A, Heshin-Bekenstein M, Horne AC, Khubchandani R, Ozen S, Quartier P, Tavelli A, Shimizu M, Schulert G, Scott C, Sinha R, Ruperto N, Swart JF, Vastert S, Minoia F, PreS MAS/sJIA Working Group and Paediatric Rheumatology International Trial Organization (2025). Rheumatol 2025;64:32-44; doi: 10.1093/rheumatology/keae391

Link zum Artikel: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39058514/>

RSV is the main cause of severe respiratory infections in infants and young children in Germany - data from the prospective, multicenter PAPI study 2021-2023.

Wetzke M, Lange M, Bähre J, Twardella D, Salaschek P, Kiefer A, Spielberger B, Mekonnen A, Arens S, Kramer R, Bangert M, Dördelmann M, Köster H, Eberhardt F, Panning M, Hufnagel M, Kabesch M, Körner-Rettberg C, Happle C (2025). Infection 2025 Feb 19. doi: 10.1007/s15010-025-02484-1. Online ahead of print.

Link zum Artikel: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39971837/>

Safety and tolerability of losartan to treat recessive dystrophic epidermolysis bullosa in children (REFLECT): an open-label, single-arm, phase 1/2 trial

Dimitra Kiritsi, Franziska Schauer, Stella Gewert, Katja Reineker, Antonia Reimer-Taschenbrecker, Agnes Schwieger-Briel, Hagen Ott, Claudia Schmoor, Olga Grishina, Dedee Murrell, Brigitte Stiller, Tobias Zahn, Alexander Nyström, and Leena Bruckner-Tuderman. eClinicalMedicine 2024;77: 102900, <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102900>

[Link zum Artikel: https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(24\)00479-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(24)00479-6/fulltext)

Landiolol is effective and safe in paediatric supraventricular tachycardia: evidence from a European prospective multicentre open-label phase III study (LANDI-PED)

Ina Michel-Behnke, Matthias Müller, Brigitte Stiller, Thomas Kriebel, Majed Kanaan, László Környei, Matthias Mai, Roman Gebauer,

Jens Meier, Ferran Roses-Noguer, Martin Unger, Stefanie Schlager, Charu Charu, Christoph Klade, Kurt Krejcy, Jakob Ackerl, and Günther Krümpal. *Europace* (2025) 27, euaf025 <https://doi.org/10.1093/europace/euaf025>

[Link zum Artikel: https://academic.oup.com/europace/article/27/2/euaf025/8011531](https://academic.oup.com/europace/article/27/2/euaf025/8011531)

Covered Stent Correction for Sinus Venosus Atrial Septal Defects, an Emerging Alternative to Surgical Repair: Results of an International Registry.

Rosenthal E, Qureshi SA, Sivakumar K, Jones M, Yong SF, Kabir S, Sagar P, Thejaswi P, Hascoet S, Batteux C, Boudjemline Y, Hijazi ZM, Aboulhosn JA, Levi DS, Salem MM, Francis E, Kempny A, Fraisse A, Bautista-Rodriguez C, Walsh K, Kenny D, Traynor B, Al Maskari SN, Bentham JR, Környei L, Sivaprakasam MC, Firouzi A, Khajali Z, Benson L, Osten M, Baruteau AE, Crystal MA, Forbes TJ, Georgiev S, Sievert H, Tin DN, Springmuller D, Subramanian A, Abdullah HAM, Bedair R, Chamié F, Celebi A, Damsky Barbosa J, De Meester P, Giugno L, Jalal Z, Karsenty C, Schleiger A, Fleming G, Jakob A, Karagoaz T, Mainzer G, Morgan GJ, Narin N, Shahanavaz S, Steinberg ZL, Aldoss O, Alizade E, Aregullin O, Bouvaist H, Fleck T, Godart F, Malekzadeh-Milani S, Motta P, Sanchez-Recalde A, SandovalJP, Tan W, Thomson J, Tome P, Zahn EM.

Circulation. 2024 Dec 19. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.124.070271. Epub ahead of print. PMID: 39697167.

[Link zum Artikel: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39697167/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39697167/)

Reducing Vancomycin Dosage in Children on ECMO with Renal Impairment.

Bobrowski A, Höhn R, Kubicki R, Fleck T, Zürn C, Maier S, Kari FA, Kroll J, Stiller B. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2024 Jan;72(S 03):e30-e36. doi: 10.1055/s-0044-1793908. Epub 2024 Nov 21. PMID: 39572250.

[Link zum Artikel: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39572250/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39572250/)

Epidemiology of paediatric chronic heart failure in Germany-A population-based analysis.

Bobrowski A, Klebs S, Alibone M, Bovy L, Häckl D, Fleck T, Stiller B. *ESC Heart Fail*. 2024 Dec;11(6):4371-4380. doi: 10.1002/ehf2.15043.

Epub 2024 Sep 3. PMID: 39225059; PMCID: PMC11631234.

[Link zum Artikel: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39225059/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39225059/)

Neurological Impact of Slower Rewarming during BypassSurgery in Infants.

Muehlschlegel G, Kubicki R, Jacobs-LeVan J, Kroll J, Klemm R, Humburger F, Stiller B, Fleck T. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2024 Jan;72(S 03):e7-e15. doi:10.1055/s-0044-1787650. Epub 2024 Jun 23. PMID: 38909608.

[Link zum Artikel: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38909608/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38909608/)

COVID-19 infection in patients with history of pediatric heart transplant in Germany, Austria, and Switzerland.

Ulrich S, Balmer C, Becker K, Bruhs J, Danne F, Debus V, Dewein L, Di-Bernardo S, Doll U, Fleck T, Tirilomis T, Glöckler M, Grafmann M, Greil S, Grosser U, Saur P, Skrzypek S, Steinmetz M; Working group thoracic organ transplantation DGPK. Clin Transplant. 2024 Mar;38(3):e15272. doi: 10.1111/ctr.15272. PMID: 38445550.

[Link zum Artikel: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38445550/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38445550/)

mTor-inhibition within the first days after pediatric heart transplantation is a potentially safe option to prevent cardiac allograft vasculopathy.

Kreienbaum H, Stiller B, Kubicki R, Bobrowski A, Kroll J, Fleck T. Pediatr Transplant. 2024 Mar;28(2):e14698. doi: 10.1111/petr.14698. PMID: 38433342.

[Link zum Artikel: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38433342/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38433342/)

Multinational retrospective analysis of bridging therapy prior to chimeric antigen receptor t cells for relapsed/refractory acute lymphoblastic leukemia in children and young adults.

Breidenbach M, Bader P, Attarbaschi A, Rossig C, Meisel R, Metzler M, Subklewe M, Mueller F, Schlegel PG, Teichert von Lüttichau I, Bourquin JP, Escherich G, Cario G, Lang P, Coffey R, von Stackelberg A, Willier S, Strahm B, Peters C, Feuchtinger T. J Hematol Oncol. 2025 Jan 17;18(1):8. doi: 10.1186/s13045-024-01659-x. PMID: 39825416

[Link zum Artikel: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39825416/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39825416/)

Übersicht der nächsten Fortbildungen für Studienmitarbeiter am Zentrum Klinische Studien (ZKS)

Grundlagen- und Aufbaukurs (früher „Prüferkurs“)	13.05.2025 (Grundlagenkurs)
	24.06.2025 (Grundlagenkurs)
	25.06.2025 (Aufbaukurs)
	22.07.2025 (Grundlagenkurs)
	08.10.2025 (Aufbaukurs)

Auffrischkurs AMG (früher „GCP-Refresher“)	03.06.2025
	16.07.2025
	23.09.2025

Grundlagen- und Aufbauergänzungskurs Medizinprodukterecht	09.07.2025
	01.10.2025

Professionelle Studienleitung

**Förderung Klinischer Studien –
Der Weg zum erfolgreichen
Antrag**

01.-03.07.2025 (3-tägige Präsenzveranstaltung am ZKS
Freiburg)

04.06.2025, 14:00 -18:00 Uhr (Präsenzveranstaltung am ZKS
Freiburg)

Studienkoordinatorenkurs

05.05. -09.05.2025, 9:00 – 13:00 Uhr (Webinar)

Weitere Informationen unter: <https://www.uniklinik-freiburg.de/zks/fortbildungen.html>



Mit diesem Logo kennzeichnen wir Beiträge, die wir als besonders interessant
für Lehrkrankenhäuser und niedergelassene Ärzte erachten.

Platzierung des Newsletters

Intranet KJK:

<http://intranet.ukl.uni-freiburg.de/organisation-einrichtungen/departments/zkj/mitarbeiter-infos/studienbüro/>

Internet:

<https://www.uniklinik-freiburg.de/kinderklinik/forschung-und-klinische-studien/klinische-studien-und-register/aktuelles.html>

Übersicht der laufenden Klinischen Studien am ZKJ

Intranet KJK:

<http://intranet.ukl.uni-freiburg.de/organisation-einrichtungen/departments/zkj/mitarbeiter-infos/studienbüro/>

Internet:

<https://www.uniklinik-freiburg.de/kinderklinik/forschung-und-klinische-studien/klinische-studien-und-register/uebersicht-klinische-studien.html>

Das Team des Studienbüros steht für Rückfragen gerne zur Verfügung !

kjk.studien@uniklinik-freiburg.de

Redaktion: Susanne Grüninger

Ausführliche Beiträge:

Prof. Dr. Markus Hufnagel, Dr. Alexander Puzik



Falls Sie den Newsletter abbestellen möchten, antworten Sie bitte auf diese Mail mit dem Betreff „ABMELDUNG“.